" G E S U N D H E I T   U N D   L E B E N "

Amtsblatt der Gesundheitskammer

im Generalgouvernement.

Nr. 28 (96)   Jahrgang III.   Krakau, den 19. Juli 1942.

Schriftleitung: Dr.med. Werner K r o l l, Krakau, Albrechtstrasse 11a. Verlag: Gesundheitskammer Krakau, Albrechtstrasse 11a. Fernsprecher: 105-24. Verantwortlich für Anzeigen: W.v. W ü r z e n. Bankkonto: Creditanstalt - Bankverein, Krakau, Adolf Hitler Platz Ecke Schustergasse, Postscheckkonto: Warschau 73. Drahtanschrift: Gesundheitskammer Krakau, Bezugspreis Zl 3.-- monatlich.

Alle Postanstalten nehmen Bestellungen an. Die Zeitschrift erscheint wöchentlich.

Sendungen betr. Anzeigen, insbesondere Kennzifferanzeigen usw. stets an den Verlag Gesundheitskammer Krakau, Albrechtstrasse 11a.

Schriftsätze für den Textteil an die Schriftleitung von "Gesundheit und Leben" Krakau, Albrechtstrasse 11a oder an die Distriktsgesundheitskammer Warschau, Koszykowa 37. Manuskripte können sowohl in deutscher wie auch in polnischer Sprache eingesandt werden. Unaufgefordert eingesandte Manuskripte werden nur zurückgesandt, wenn Freiporto beigefügt ist.-

Inhaltsverzeichnis :

Aus dem Staatlichen Institut für
gerichtliche Medizin und Kriminalistik
Direktor Dr.Med. W.V. Beck

Über das psychiatrische Gutachten

von Oberarzt Dr. Hellmut S o p p, stellv. Direktor,
Facharzt für Nervenkrankheiten, Krakau.

Eine Reihe von Irrtümern und Fehlurteilen bei verschiedenen in der letzten Zeit erstatteten Gutachten über den Geisteszustand von Beschuldigten und Verurteilten gibt Veranlassung, einmal die Technik eines psychiatrischen Gutachten zu besprechen und die Mindestforderungen festzulegen, die an eine ärztliche sachverständige Äusserung gestellt werden müssen.

Wir Ärzte sind leider häufig durch eine einseitige, nur naturwissenschaftliche Denkmethode der Jurisprudenz entfremdet. Dies ist umso mehr bedauerlich; als dem Arzt in der Rechtspflege wichtigste Aufgaben zugewiesen sind. Erinnert sei neben der Tätigkeit des Arztes als sachverständiger Gehilfe des Richters vor allem an seine Aufgaben im Rahmen der Kriminalbiologie. Das im Laufe der letzten Jahre herausgearbeitete Deutsche Recht steht so unmittelbar im Leben des Volkes, ist so arteigen und dem wirklichen Sein des Menschen verbunden, dass man auch die Rechtskunde wieder als eine biologische Wissenschaft bezeichnen kann. Der Arzt bedarf zur Persönlichkeitsreifung einer philosophisch fundierten Anthropologie; das Vertiefen in die juristische Denkmethosik wird immer eine Bereicherung der Persönlichkeit bedeuten.

Jeder Arzt kann in die Lage kommen, seine sachverständige Meinung schriftlich oder mündlich fixieren zu müssen. Er muss also vor allem die Rechte und Pflichten eines Gutachters kennen. Der Arzt als Sachverständiger vor Gericht hat die Stellung eines Beraters in technischen Fragen. Die Entscheidung jedoch liegt ausschliesslich beim Richter. Es ist selbstverständlich, dass der Sachverständige am Ausgang eines Verfahrens durchaus unbeteiligt ist und frei von jeder persönlichen Anteilnahme am Täter oder am Verletzten sein muss. Er darf im Gutachten daher nicht schreiben: Der Angeklagte ist zu verurteilen, freizusprechen, die Unfallrente ist so oder so hoch. Freisprechen und Verurteilen ist Sache des Gerichtes, die Unfallrente setzt die Berufsgenossenschaft fest.

Viele Fehler ergeben sich aus Unkenntnis des § 80 der St.P. Der Sachverständige ist berechtigt, in der mündlichen Verhandlu[ng] Fragen zu stellen, er kann das Gericht bitten, Zeugen zu verneh[men] und besondere Erhebungen anzustellen. Ausserdem kann er nach §

St.P.O. die stationäre Einweisung in eine psychiatrische Anstalt bis zur Dauer von 6 Wochen beantragen. Oft glauben Ärzte, durch ihre Ernennung zum Sachverständigen zu einem bündigen und endgültigen Urteil verpflichtet zu sein. Es vergibt sich niemand etwas, wenn er seine Unzuständigkeit zugibt, jedenfalls ist dies besser, als ohne feste Überzeugung und Sachverständnis ein Urteil abzugeben. Wird gerade auf seine Stellungnahme Wert gelegt, so bleibt ihm der Ausweg nach Angabe der objektiven Befunde in der Beurteilung ein Non liquet zu äussern.

Vor der Untersuchung ist es erforderlich, einen Überblick über die Akten zu bekommen; man erspart sich dadurch manches Missverständnis. Allen Angaben des Untersuchten ist mit der erforderlichen Skepsis entgegenzutreten und sorgfältig ist die objektive und die subjektive Anamnese auseinanderzuhalten. Die eigenen Angaben des Zubegutachtenden sind immer als solche kenntlich zu machen. Dass meist Anfragen bei den vorbehandelnden Ärzten und bei dem zuständigen Gesundheitsamt erforderlich sind, braucht nicht besonders erwähnt zu werden. Da mit absichtlichen und unbewussten Widerständen zu rechnen ist, empfiehlt es sich, eine vorher überlegte Taktik bei der Befragung einzuhalten. Wir stellen kritische Fragen, wollen Dinge herausbekommen, die niemand gern preisgibt. Das geht nur, wenn ein echter zwischenmenschlicher Kontakt und Einfühlung besteht. Man darf dabei naturgemäss nicht den Menschenfreund spielen, sondern muss jederzeit der objektive und sachliche Beobachter bleiben. Diese vorurteilslose Haltung manchem Verbrecher gegenüber widerspricht unserem natürlichen Instinkt, ist aber im Interesse der Wahrheitsfindung erforderlich. Man enthalte sich bei den Untersuchungen jeder Wertung und Kritik.

Über die Dauer der erforderlichen Untersuchungen ist zu sagen, dass nur der sehr Erfahrene mit einer Untersuchung auskommt; immer ist es besser, den Zubegutachtenden mehrmals zu untersuchen und möglichst verschiedene Tageszeiten zu benutzen. Eine abklingende endogene Depression mit den häufigen Tagesschwankungen kann gegen Abend vollkommen frei und gelockert erscheinen, am Vormittag sind vielleicht Veränderungen der Vitalgefühle vorhanden.

So zurückhaltend viele Kranke bei den Angaben über erbbiologisch belastende Daten sind, so bereitwillig sind viele Kriminelle zur Vergröberung. Hier empfiehlt sich grösste Zurückhaltung in der Annahme einer Heredität und Rückfrage bei den angegebenen Anstalten, Lehrern oder Polizeibehörden. Sehr aufschlussreich sind die Schulentlassungszeugnisse und andere Urkunden. Eine gewissenhafte Darstellung der Individualentwicklung kann aufschlussreicher sein als der Status präsens!

Zur Beurteilung von Straftaten Geisteskranker ist die Kenntnis der präpsychotischen Persönlichkeit unumgänglich wichtig. Folgendes /abgekützte/ Schema einer Anamnese hat sich bewährt:

Leben der Vater, die Mutter ? Beruf. Krankheiten. Woran und in welchem Alter verstorben ?

Geschwister ? Hilfsschule besucht ? Bestraft ? Anstaltsaufenthalte ? Fürsorgeerziehung ?

Einzelbesprechung der Verwandtschaft, nicht summarisch frag
Eigene Vorgeschichte:

Geburt ? Als Kind Krämpfe, Bettnässen ? Englische Krankheit

Kinderkrankheiten ? Volksschule besucht ? Wieviel Jahre ?

Sitzengeblieben ? Warum ? Fürsorgeerziehung ?

Nach der Schule ? Lehrzeit ? Gesellenprüfung ?

Dienstzeit beim Militär, Arbeitsdienst ?

Unfälle ? Welcher Art ? Bei Kopfunfällen, Gehirnerschütterung ? Bewusstlosigkeit ? Dauer, Blutung aus Ohr, Mund, Nase ? Krankenhausbehandlung ?

Vorstrafen ?

Bei den Fragen nach Genussmitteln soll man sich nicht mit der Angabe: "mässig" oder "gelegentlicher Alkoholgenuss" begnügen, sondern immer das genaue Tagesquantum angeben lassen. Bei Personen, die erhöht einer venerischen Infektion ausgesetzt sein konnten, fragt man besser nicht, ob sie geschlechtskrank waren, sondern wann sie sich infiziert haben. Dies ist wohl die einzig Ausnahme von dem strengen Verbot, Suggestivfragen zu stellen.

Verheiratet ? Kinder ? Fehlgeburten ?

Jetzige Beschwerden ? Selbstdarstellung der inkriminierten Handlung oder der Vorgänge.

Nach der eingehenden Erhebung der Vorgeschichte, die natürlich den Erfordernissen des Einzelfalles angepasst sein muss, nimmt die eigentliche Untersuchung ihren Ausgang von den körperlichen Grundlagen. Hier ist nicht immer der ganze Status notwendig aufführen, es genügt die Kennzeichnung der positiven Befunde. Wichtig ist immer die Angabe des Konstitutionstyps. Auch auf serologische Untersuchungen wird man ungern verzichten; man schützt sich damit vor unliebsamen Enttäuschungen, denn oft wird ein unbestimmtes Krankheitsbild durch massive Liquorbefunde überrasch geklärt. Der Nervenstatus ist möglichst ausführlich anzugeben, hier sind auch die negativen Befunde wichtig. Wegen der engen Beziehung zum Affektleben ist das vegetative Nervensystem und die Blutdrüsen sorgfältig zu überprüfen. Es sei nur an das gegsätzliche Verhalten von Myxoedem und Thyreotoxikose erinnert.

Der in psychiatrischen Untersuchungen Ungeübte erschwert sich die Fixierung der Befunde häufig dadurch, dass er nach den ihm nicht geläufigen Fachausdrücken sucht. Es ist viel leichter, einfach und unbefangen das Zustandsbild zu beschreiben, als die vieldeutigen Termini technici zu gebrauchen. Insbesondere hüte man sich vor Ausdrücken wie "zerfahren", "umständlich" und "weitschweifig", "ideenflüchtig" und "affektlos", die sämtlich eigentlich schon eine Diagnose bedeuten. Besser ist es, die Antworten des Untersuchten wörtlich anzuführen. Auszugehen ist immer von der Bewusstseinslage. Es würde zu weit führen, nun alle zu prüfenden Phänomene wie Wahrnehmungserleben, Sprache, Denken, Vorstellungsablauf, Grundstimmung und Affektlage, Gedächtnis und Merkfähigkeit, das Inventar an Berufs- und Lebenswissen, den Antrieb und die Spontanität, die Sexualsphäre, die Psychomotorik und vieles mehr zu besprechen. Auch der praktische Arzt kann durch unbefangene Beobachtung und Schilderung einen klaren psychischen Status erheben, der jeden Nachuntersucher in Stand setzt, die derzeitigen Befunde vergleichen zu können. Aus Vorgeschichte, körperlichem und seelischem Befund folgt nun die medizinische Diagnose. In Zweifelsfällen wird man kurze differentialdiagnostische Erwägungen anschliessen.

In dem nun folgenden wichtigstem Teile des Gutachtens, der Beurteilung, sind die medizinischen Ergebnisse mit den juristischen Elementen in Beziehung zu setzen. Ohne genaue Kenntnis der einschlägigen Paragraphen geht das nicht ! Man kann die Zurechnungsfähigkeit eines Angeklagten nicht verneinen, ohne die Voraussetzungen des § 51 St.G.B. zu kennen. So wird z.B. in Absatz 2 dieses § gesagt, dass eine verminderte Zurechnungsfähigkeit nur dann anzunehmen ist, wenn die Fähigkeit, das Unerlaubte der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, wegen Bewusstseinsstörung, krankhafter Störung der Geistestätigkeit oder Geistesschwäche erheblich gemindert war. Es wird dadurch ganz eindeutig die Psychopathie von der verminderten Zurechnungsfähigkeit ausgeschlossen.

Wir haben in der Psychiatrie keinen anderen Krankheitsbegriff, als in der übrigen Medizin: Krankheit gibt es nur im Körperlichen und eine krankhafte seelische Erscheinung ist für uns ausschliesslich eine solche, deren Dasein durch krankhafte Veränderungen des Leibes bedingt ist. So sind krankhaft die organischen und toxischen Psychosen, die Schizophrenie und Thymopathie.

Unter Psychopathen verstehen wir solche abnorme Persönlichkeiten, die unter ihrer Abnormität leiden, oder unter deren Abnormität die Volksgemeinschaft leidet. Es handelt sich um quantitative Schwankungen der Gesundheitsbreite, um Variationen und Abweichungen von einer uns vorschwebenden, aber nicht näher bestimmbaren Durchschnittsbreite menschlicher Persönlichkeiten. Es liegen hier aber nicht krankhafte Vorgänge im Sinne von Organprozessen zugrunde, es handelt sich vielmehr um morphologische und funktionelle Variationen und Abnormitäten. Es besteht

also keinerlei sachliche Veranlassung, die abnormen /psychopathischen/ Persönlichkeiten krankhafte zu heissen. /K. Schneider/.

Ein Gutachten würde folgenden Aufbau haben:

A. I. Einleitung.

Angabe der anforderrnden Dienststelle /Aktenzeichen!/. Bezeichnung der Rechtssache. Fragestellung des Gutachtens. Angabe des Materials, auf das sich das Gutachten stützt. Zeit und Ort der eigenen Untersuchungen.

II. Vorgeschichte nach Aktenlagen.

B. Eigene Feststellungen und Beobachtungen.

1. Angaben des Zubegutachtenden.
2. Untersuchungsbefund.
3. Veränderungen des Befundes im Laufe der Beobachtung.
4. Medizinische Diagnose und Differentialdiagnose.

III. Beurteilung.

Sachverständige Deutung der Befunde in Fühlung mit der Rechtsnorm Es handelt sich dabei meist um die Beurteilung von Kausalzusammenhängen, die sich entweder schon realisiert haben und daher zu rekonstruieren sind, wie z.B. die Zurechnungsfähigkeit, oder sich erst realisieren sollen- Haftfähigkeit.-

Gemäss unserem ärztlichen biologischen Denken unterscheiden wir drei Stufen des Kausalnexus: "gewiss- wahrscheinlich - möglich". Entwicklungen, die in der Zukunft liegen, sind lediglich als wahrscheinlich oder möglich hinzustellen.

Es ist ratsam, sich nicht immer nur auf die vom Gericht gestellte Fragen zu beschränken, sondern alles zu sagen, was für die Beurteilung wichtig sein könnte.

Über die Leber

Von Dr. Ladislaus S z u m o w s k i, Krakau.

/Fortsetzung/

In vielen der erwähnten Versuche tritt an Stelle des verschwindenden Glykogens Fett und zwar wohl im Sinne einer leichtesten Schädigung des Parenchyms, die sich zu Nekrobiosen bei Verstärkung des betreffenden Eingriffs verstärken kann. Ricker sieht in diesem "Antagonismus" zwischen Glykogen und Fett lediglich die Abhängigkeit der stofflichen Zusammensetzung der Leberzelle von der durch das Vasomotorensystem gesteuerten Gefässweite und der damit zusammenhängenden Durchströmungsgeschwindigkeit /Löffler und Nordmann/. Die Erschöpfung der Glykogenvorräte bei den mannigfachsten Vergiftungen /Phosphor, Strychnin, Pilocarpin, Toluylendiamin, Phenylhydrazin/ wird heute in gewissen Sinn als Disposition zu pathologischen Stoffumsetzungen angesehen /Rössle/. Die schweren Verfettungen bei gewissen Vergiftungen /Narkoseschäden, Pilzvergiftungen/ sind mit Glykogenschwund verbunden. Ein durchgehender Antagonismus zwischen Glykogenspeicherung und Verfettung wird aber bezweifelt, zumal Fett und Glykogen in derselben Zelle sich nicht ausschliessen.

Über die pathologischen Leberverfettungen ist nach der Literatur der letzten Jahrzehnte wenig zu berichten. Dass eine "Klinik der Fettleber" fast völlig fehlt, beklagt G.v. Bergmann. Die Fettleber findet sich oft bei chronischen Alkoholismus, ferner vor allem bei denjenigen kachektischen Zuständen, wo das Glykogen der Leberzellen aufgezehrt wird, so speziell bei der Phthise.

Die Bedingungen der Verfettung der Leberzellen sind unübersehbar mannigfaltig. Die Abhängigkeit von der Zusammensetzung der Nahrung, von der Fettverdauung im Darm, von der Verteilung über die Pfortader einerseits, die Chylusgefässe andererseits, von dem Angebot also in den Leberkapillaren, der Beteiligung der Sternzellen, deren eigene Verfettung oft, etwa im Diabetes, besonders auffällig ist, sind einige der bekannten Bedingungen.

Kapilläre Blutleere und Sauerstoffmangel können zur Verfettung und zu schweren nekrobiotischen Vorgangen führen. Die sog. zentralen anoxämischen Läppchenverfettungen bei perniziöser Anämie sind wohlbekannt und bedeutsam. Jedoch kommt auch unter physiologischen Verhältnissen zentrale Verfettung vor; Pfuhl sah sie in der Leber säugender Katzen. Die perifokalen Verfettungen um nekrotische Leberbezirke sind ebenfalls anämisch bedingt, indem in diesen Zonen die Kapillaren für rotes Blut gesperrt erscheinen /Rössle/. Der Mechanismus der Blutsperre in den Kapillaren der Leber ist schwer zu deuten; an der Tatsache selbst ist auf Grund guter mikroskopischer Bilder und bei Lebendbeobachtung nicht zu zweifeln /Rössle/.

Bei der Mästungsleber liegt die Sache einfacher: hier drüc die fettgeschwollenen Epithelien von allen Seiten auf die Kapill lichtungen; so entsteht eine mechanische Anämie, welche ihrersei die Verbrennung des gestapelten Fettes beeinträchtigt.

Therapeutische Forderung zur Entfettung der Fettleber wäre also deren Hyperämisierung. In der Tat wird diese Deduktion durc die Erfahrung bestätigt. Künstliche Hyperämie der Leber mittels Decholin verhindert die im Tierversuch unter gleichen Bedingung durch Luftverdünnung erzeugbaren Verfettungen.

Sehr häufig bildet eine Verfettung den Übergang zur Nekrobi der Leberzellen, sei es dass schwächere Grade einer bestimmten Vergiftung nur eben bis zu Verfettung führen, wie etwa in schwa- chen Graden des anaphylaktischen Schocks, sei es dass sich die Nekrobiose an den verfetteten Zellen entwickelt, in welch letzt rem Fall eigentlich allein der alte Ausdruck der "fettigen Dege- neration" berechtigt wäre. Aus diesem Grunde schwankt die Wirku vieler Lebergifte beim Menschen zwischen den Bildern des klein bis grosstropfigen Verfettung und der gelben Leberatrophie. Dies gilt ebenso von den heute selten gewordenen Phosphor- und Arsen- vergiftungen, wie von den praktisch wichtigeren Chloroform- und Pilzvergiftungen.

Kachexie durch chronische Infektionen /Tuberkulose mit Misc infektion, Tumoren, besonders solche mit Zerfall/ führt in der Regel zu schweren Leberverfettungen. Terbrüggen ist geneigt, in ihnen den Ausdruck der Erschöpfung der Vitamin C- Vorräte zu seh da er beim experimentellen Skorbut ausgesprochene Verfettung der Leberepithelien und Sternzellen beobachten und ausserdem fest- stellen konnte, dass Askorbinsäure deren Verfettung bei der Phosphorvergiftung hemmt.

Von einigem Interesse ist die Fettleber unter dem Einfluss der Hyperthyreose, speziell in der Basedowschen Krankheit. Es w seit lange bekannt, dass die Basedowleber wenig oder kein Glyko enthält, dagegen deutliche Verfettung zeigt. Haban spricht soga von einem Hepar basedowianum. Man war geneigt die Fettleber den Verfettungen bei kardialen Stauungen an die Seite zu stellen, zumal man die Zirkulationsstörungen in der Basedowleber für zya tische Veränderungen ansah. Mit der Zeit aber hat es sich gezei dass die ganze Sache einen hormonalen Ursprung hat. Die Verfett des Parenchyms nebst Glykogenmangel ist ein Ausdruck einer Hepa tose, welche in schwereren Fällen in eine Nekrobiose, nämlich in gelbe Leberatrophie übergehen kann. Ausserdem gibt es aber bei Basedow, ohne dass man sagen könnte, unter welchen besonde- ren Umständen gerade dies geschieht, eine eigenartige seröse Hepatitis, die sich besonders subkapsulär ausprägt und dort infolge Parenchymuntergangs zu zirrhoseartigen Veränderungen führt. Experimentell lassen sich durch Thyroxin bei Kaninchen Lebernekrosen erzeugen /Gerlei,Rössle/.

Ein zweites Beispiel der Beziehung der Leberverfettung zu Hormonwirkungen betrifft die Leberverfettung bei Dysgenitalismus. Die Fettleber kommt in und nach der Schwangerschaft /hier an der Grenze des Pathologischen/, im Klimakterium und nach Kastration sowie bei der Dystrophia adiposo-genitalis als Teilerscheinung einer hypogenitalen Fettsucht.

Das Eiweissvorkommen in den Leberzellen ist noch schwieriger als der Gehalt an Glykogen und Fett zu beurteilen. Schwierig ist die Unterscheidung, was labiles gespeichertes und was Struktur- Eiweiss ist. Die Tatsache der Eiweissmast ist allerdings sichergestellt. Die Zellen sind dabei vergrössert, aber nicht in dem Masse wie bei der Fettmast. Bei Hunger verschwinden die Einlagerungen, wobei die Zellen kleiner und die sinusoiden Kapillaren zwischen den Leberzellbalken weiter werden. Terbrüggen fand eine Vermehrung der absoluten Eiweissmenge der Leber bei krupöser Pneumonie, Empyem, Sepsis.

Da gerade in diesen Krankheiten die bekannte "trübe Schwellung" der Leberzellen hervortritt, man kann die Frage stellen, ob die beiden Erscheinungen nicht parallel verlaufen. Hoppe-Seyler hat schon in Fällen von "trüber Schwellung" der Leber eine beträchtliche Vermehrung von Eiweiss festgestellt.

Es ist schon oben auseinandergesetzt worden, wie eng begrenzt gerade für die Leber die Zurückführung funktioneller Störungen auf morphologische Grundlagen ist. Das Gegenstück bilden aber gewissermassen die eben besprochenen Hepatosen, in denen wir zwar leicht fassbare und sehr häufig auch im Organ sehr verbreitete Veränderungen haben, ohne dass aber die Klinik imstande wäre, sie zu erfassen /Rössle/.

Mitunter ist der Zusammenbruch der Leber ein überraschend grosser, bevor überhaupt merkliche Gesundheitsstörungen sich einstellen. Eine atrophische Leberzirrhose kann sehr vorgeschritten sein, ehe sie subjektiv und objektiv erkennbar wird. Bei akuter gelber Leberatrophie kann der Parenchymverlust weit gehen bis der Tod eintritt. Daraus ist der Schluss gerechtfertigt, dass das Leberorgan unter normalen Verhältnissen mit einer so grossen Reserve arbeitet, wie wohl kein anderes.

IV. Leber und Nieren.

Das gegenseitige Verhältnis der Leber- und Nierenerkrankungen ist in den letzten Jahren zum strittigen Thema geworden, welches verschiederermassen in der Literatur gelöst wird. Französische Kliniker und Pathologen, besonders Cornil, Vague und Olmer haben den Begriff der Hepatonephritis, einer Erkrankung, welche gleichzeitig Leber und Nieren angreifen sollte, eingeführt. Dérot und Dérot-Piequet gaben i.J. 1937 sogar eine Monographie u.d.T. "Les hépatonephrites" aus, in welcher breit auseinandergesetzt wird, dass der Begriff der Hepatonephritis eine der wichtigeren Errungenschaften der Medizin der Gegenwart darstellt. Dieser Syndrom trat vermeintlich besonders oft während des I. Weltkrieges hervor.

Unter dem Begriff Hepatonephritis verstehen die französischen Kliniker ein Krankheitsbild, das sich aus Störungen der Leber und der Nieren zusammensetzt; am Krankenbett Ikterus, Blutungen und Verdauungsstörungen, Änderungen des Stoffwechsels, pathologisch-anatomisch sämtliche im Vorhergehenden geschilderten Erscheinungen degenerativer und entzündlicher Art in wechselnder Ausprägung und Zusammensetzung, desgleichen in den Nieren nephrotische und nephritische Veränderungen.

Anfänglich dachte man, dass eine Spirochaetose, wie in der Weilschen Krankheit, in der Regel Ursache des hepatonephritischen Syndromes ist, aber nach der Meinung der französischen Kliniker können auch andere Infektionen und Vergiftungen denselben Syndrom hervorrufen. Während des Kongresses "für Niereninsuffiz. in Evian i.J. 1938 besprachen Pastuer Valléry-Radot und Dérot die Giftigkeit der Nephrotoxine für die Leber und der Hepatotoxine für die Nieren und zogen die Frage in Überlegung, ob dieselbe toxische Ursache gleichzeitig für Leber und Nieren schädlich sein könnte und folglich ob der Begriff "syndrome hépatorénal" berechtigt sei.

Rössle ist geneigt die französische Konzeption eher abzulehnen. Sowohl in klinischer, als in anatomischer und ätiologischer Hinsicht sieht er hier ein sehr unbestimmtes Krankheitsbild, das man um so weniger in die Zahl der anerkannten Syndrome aufnehmen sollte, als zwischen den Veränderungen in Leber und Niere nur eine höchst oberflächliche Analogie vorhanden ist und als ja in solchen Fällen ausser Leber und Niere auch andere Organe, wie Herz und Milz, beteiligt sein können.

/Fortsetzung folgt/

Die Sozialversicherungskasse in Tomaszow Maz.
veröffentlicht
eine Stellenausschreibung

über die Stelle für einen Hausarzt in Tomaszow Maz. mit Vergütung für 4 1/2 Stunden täglich /666.- Zl./

Die Bewerber auf obige Stelle müssen den Bedingungen, die i. den von der Hauptabteilung Arbeit in der Regierung des Generalgouvernements vom 24.6.1941 herausgegebenen "Allgemeinen Grundsätze für die Anstellung, Tätigkeit und Entlassung der Kassenärzte: Art.3, - entsprechen.

Die Gesuchen mit Grundlagen und eigenhändig geschriebenen Antrag sind an die Sozialversicherungskasse bis 1.8.1942 zu zusenden.-

Chefarzt /-/ Dr.M.Biernacki.

Direktor /-/ Dr.T.Osinski

Es folgt eine Bekanntmachung des Leiters der Abtl. Gesundheitswesen in der Regierung des G.G. betr: Registrierung einiger organo-therapeutischen Preparate.
